

2024年6月5日

京都府知事
西脇隆俊様

京都府保険医協会
理事長 鈴木 卓

第8次京都府保健医療計画等の施行にあたっての要望

2024年4月1日からの6年間の計画期間とする「京都府中期的な医療費の推移に関する見通し」「京都府保健医療計画」「京都府感染症予防計画」「京都府国民健康保険運営方針」等が策定・施行となった。

国は医療・介護総合確保推進法（2014年）成立を契機に都道府県間における「医療費の地域差縮減」を目標に様々な政策を立案し、都道府県に実行させてきた。入院医療費では病床数・医師数、外来医療費では医師数が地域差の主要因であるとして、地域医療構想や医師偏在指標を用いた医師確保計画等を通じ「医療提供体制の平準化」を目指している。問題なのは、こうした政策が専ら医療費適正化（＝抑制）を真の目標として推進されていることである。どのような社会・経済状態にあっても、医療政策は必要な時、必要な人すべてに、必要な医療を必要なだけ、公的な責任において保障するためにこそ立案・実施されるべきである。

以上のことから京都府における医療政策が正しく、府民の生命・健康を守るためのものであり続けることを切に願い、以下の項目を要望するものである。

記

1. 改正感染症法に基づく感染症予防計画に関する事項

- (1) 新型コロナウイルス感染症パンデミックの下では「いつでも・どこでも・誰でもが保険証1枚で必要な医療を必要なだけ受けることのできる」国民皆保険体制を採る国であるにもかかわらず、医療にアクセス出来ず生命を落とす人たちが多発した。京都府感染症予防計画の施行にあたっては、いかなる事態にあっても確実に医療を保障できる体制を目指すこと。そのためにまず、新型コロナウイルス感染症パンデミックがもたらした医療逼迫や自宅療養死・社会福祉施設等「留め置き死」等による医療アクセス不全・阻害の実態を把握・検証・総括し、その結果を府民に公開すること。
- (2) 新興・再興感染症に対する医療・検査・見守り体制の強化を目指すため、保健所並びに京都府保健環境研究所の役割を再確認し、機能強化を図ること。また「感染症法」は感染症に罹患した人が適切に医療にかかれるよう求めており、感染症対策は「対人サービス」を含むものであると再確認し、保健所・保健師等の配置について、住民に対するアウトリーチ活動が可能な体制を再構築すること。

- (3) 「新型コロナウイルス感染症の発生状況(速報値)」の報道発表を継続し、府民一人一人が自ら感染しない・させない対策をとれるよう、情報を発信すること。また国の「次の感染症危機に備えた感染症により死亡した者等に関する情報の収集及び新型コロナウイルス感染症への適用について」(健感発 0327 第2号、政統人発 0327 第1号、令和5年3月27日)の通知に基づく「感染症に罹患した方が死亡した事実、死亡場所、死亡の原因」の収集に関し、国の調査項目の不十分さについて改善を求めるとともに、府として独自に死亡例を調査・把握し、定期的に発表すること。
- (4) 感染症法に基づく医療措置協定に関する数値目標(確保可能病床数・発熱外来数等の機関数)は、新型コロナウイルス感染症時の実績に止めず、引き続き一層拡大をめざすこと。その際、第1波～第8波において京都府入院医療コントロールセンターに対する全入院要請件数とそれに対し入院出来た件数を参照すること。また京都府内の地区医師会において先進的に取り組まれた医療機関連携による共同の発熱外来の設置の経験も踏まえること。
- (5) 第2種協定締結医療機関(発熱外来等)については算定要件とする外来感染症対策向上加算等が診療報酬上の措置として創られたが、「流行初期」を担わない場合、それ以外にどのような支援がなされるのか不明である。より多くの医療機関等が自治体の公衆衛生政策へ参加できるよう、一層の財政・物資等の支援が拡充されるよう、国に要請すること。

2. 医療計画、医師確保計画等に関する事項

- (1) 財務省がしつこく提言する診療報酬の「地域別単価」導入、高齢者の医療の確保に関する法律第14条(診療報酬の特例)の実効化には京都府として明確に反対の意思を表明すること。また外来医療計画における都道府県知事の権限強化や「かかりつけ医機能報告」を梃とした自由開業・自由標榜規制に対しても同様に反対すること。
- (2) 国が2030年代に医師過剰となる等として、医師養成数抑制の絶対的根拠に用いている医師需給推計や地域医療構想に用いている医療需要推計は、各自治体ごとの社会経済的な状況や住民の生活実態を無視した不十分なものである。医療需要の推計が圏内の細やかな医療事情、地域住民の生活・経済状況等も含め、細やかに把握する社会学調査を踏まえてなされるよう、国に求めるとともに、府独自の「京都府式医療需給推計」(仮称)を実施すること。
- (3) 医師確保計画に用いられている医師偏在指標(計算式)には「地域の標準化受療率比」の計算式に現実の地域の受療率が用いられていない。また同式の「地域の期待受療率」の「全国の性年齢階級別受療率」にはコロナ期の医療実態が踏まえ

られていない。こうした不正確で恣意的な指標で都道府県や二次医療圏をカテゴライズすることは許されない。国に対して、医師偏在指標の根本的な見直しを求めること。

- (4) 以上のような医師偏在指標を根拠とした「医師偏在是正」策が推進されている。特に医学部の臨時定員枠につき、医師多数都道府県については認めない方向での議論がなされていることに対しては反対の意見を提出すること。
- (5) 医師の働き方改革推進による医師の労働条件改善は望ましい。但し、取組にあたっては地域医療と医師の労働条件改善の両立させることが重要である。懸念される特に深夜帯の救急の受入れ困難等、働き方改革を契機とした医療後退が起こらないようにすること。そのため、宿日直許可やB水準といった「対策」頼みでなく、すべての医師が「人たるに値する条件を営むための必要を満た」しつつ（労働基準法第1条）、地域住民の生命を守るために必要な医師数が確保できるよう京都府として各病院の状況を把握し、医療機関と共同し国に対して政策の根本的転換を求めること。
- (6) 2025年の地域医療構想達成に向け、国は都道府県の取組強化を求めている。本来、地域医療の将来像は医療者や住民の実態と要望に基づき、丁寧に合意形成を重ねながら構想されるべきものであり、国が機械的に「目標」を押し付けるべきでない。2025年度以降の新たな地域医療構想は病床のみならず、外来・在宅、かかりつけ医機能等も踏まえたものになることが予想されるが、それが一方的な机上の「需給推計」による中央集権的な地域医療改変の道具とならないようにすること。

3. 社会保険制度、とりわけ国民健康保険制度に関する事項

- (1) 2024年度は納付金が高騰し、府内では13市町が保険料引き上げに踏み切らざるを得なかった。とりわけ小規模な自治体では人口減少、被保険者の高齢化の影響が深刻であり、制度維持自体が困難な状況である。岸田政権が勤労者皆保険制度を推進する中、今後一層の国保被保険者数の減少が予想される中、国民皆保険制度の根幹である国保を守る府としての明確なビジョンを明らかにすること。また子ども子育て支援金制度創設による新たな保険料負担には反対すること。
- (2) 国保への公費支援を1兆円に増額し、国保料（税）を協会けんぽの保険料並みに引き下げること。医療費全体に対する国庫負担割合を抜本的に引き上げること。
- (3) 京都地方税機構による国民健康保険料徴収は即刻中止し、市町村の国保行政において被保険者たる住民のおかれた現実に寄り添う滞納相談を復活させること。

- (4) 国が強行を図る保険証廃止には医療者ととともに反対すること。あわせて次善の策として「資格確認証」交付は「マイナ保険証」の有無に関係なく、全被保険者に対して職権で行うよう市町村に要請すること。
- (5) 長期収載医薬品の「選定療養化」に反対し、国に中止を求めること。
- (6) 「かかりつけ医」以外を受診した際の「定額負担」は導入しないよう、国に求めること。
- (7) 紹介状なしの大病院、紹介受診重点医療機関を受診する際の「定額負担」は廃止するよう国に求めること。

4. 社会保障で幸せになれる国をめざすための事項

- (1) 社会保障を自助・共助・公助と規定する社会保障制度改革推進法は廃止し、社会保障本来の権利性と国の公的責任を明確化する「社会保障基本法」制定を国に求めること。
- (2) 2005年4月に経済財政諮問会議が「医療費の伸びを経済成長の枠内に抑えるべき」とする「医療費総額管理」を提言、これに対し厚労省が「対案」として法制化したのが「医療費適正化計画」である。同計画について、2021年に財務省・財政制度等審議会が「医療費適正化計画の蹉跌からの立て直し」としてあらためて再提案を示唆した。医療・社会保障制度の財政原則は「量出制入」であるべきであり、生命を守るために必要な財源はすべて国の責任で捻出する立場で政策を行うこと。

以 上